**AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DE LA TESIS PARA SU REVISIÓN - PROPUESTA DE REVISORES DE TESIS DOCTORAL**

**CURSO ACADÉMICO 20**     **/20**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA TESIS DOCTORAL** |
| **Programa de Doctorado en** |  |
| **Doctorando/a** |       | **D.N.I./N.I.E./Pasaporte**       |
| **Título de Doctor/a** |       |
| **Título de la Tesis** |       |
| **Título de la Tesis en inglés** |       |
| **Tutor/a** |       |
| **Director/a de la Tesis** | **Dr/a. D/ña.** (nombre y 2 apellidos) |       |
| **Categoría**  |  Otro:       |
| **Universidad** |       |
| **Departamento** |       |
| **Otro/a Director/a de la Tesis** (En caso de que exista) | **Dr/a. D/ña.** (nombre y 2 apellidos) |       |
| **Categoría**  |  Otro:       |
| **Universidad** |       |
| **Departamento** |       |
| **¿Opta a la Mención de Doctorado Internacional?** |  |
| **¿Opta a la Mención Industrial?** |  |
| **¿Tesis como Compendio de Artículos?** |  |
| **¿Tesis en régimen de Cotutela?** |  |

|  |
| --- |
| **PROPUESTA DE REVISORES EXTERNOS (\*)** |
| **EXPERTO 1** | **Dr/a. D/ña.**  | **Nombre** | **Apellidos** |
| **Título de Doctor/a en** |       |
| **Categoría**  |  Otro:       |
| **Departamento** |       |
| **Universidad / Organismo** |       |
| **D.N.I./N.I.E./Pasaporte/ID Card** |       |
| **Dirección postal completa**[ ]  **personal**[ ]  **profesional** |                 |
| **Teléfono** |       |
| **Correo electrónico** |       |
| **JUSTIFICACIÓN DE LA ADECUACIÓN** |       |
| **EXPERTO 2** | **Dr/a. D/ña.**  | **Nombre** | **Apellidos** |
| **Título de Doctor/a en** |       |
| **Categoría**  |  Otro:       |
| **Departamento** |       |
| **Universidad / Organismo** |       |
| **D.N.I./N.I.E./Pasaporte/ID Card** |       |
| **Dirección postal completa**[ ]  **personal**[ ]  **profesional** |                 |
| **Teléfono** |       |
| **Correo electrónico** |       |
| **JUSTIFICACIÓN DE LA ADECUACIÓN** |       |
| **EXPERTO 3** | **Dr/a. D/ña.**  | **Nombre** | **Apellidos** |
| **Título de Doctor/a en** |       |
| **Categoría**  |  Otro:       |
| **Departamento** |       |
| **Universidad / Organismo** |       |
| **D.N.I./N.I.E./Pasaporte/ID Card** |       |
| **Dirección postal completa**[ ]  **personal**[ ]  **profesional** |                 |
| **Teléfono** |       |
| **Correo electrónico** |       |
| **JUSTIFICACIÓN DE LA ADECUACIÓN** |       |

|  |
| --- |
| **A COMPLETAR POR LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO** |
| **¿Se solicita que la tesis sea sometida a un análisis informático de coincidencias?** |  |
| **¿Se autoriza el depósito de la Tesis para su revisión?** |  |

(\*) Si se opta a Mención Internacional, al menos dos expertos deben pertenecer a una institución no española.

La Comisión Académica del Programa de Doctorado en , en su sesión de fecha Haga clic aquí para escribir una fecha., acordó **autorizar** el depósito de la Tesis Doctoral para su revisión y **aprobar la propuesta de expertos** especificada anteriormente.

 Santander, Haga clic aquí para escribir una fecha.

El/La Presidente de la Comisión Académica del Programa de Doctorado

Fdo.: